ALGO

DE LA

Operacion Cesarea.

TESIS

PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL

POR EL

Doctor Fichtuer.



MEXICO.
IMPRENTA DE EPIFANIO D. OROZCO.
13.—ESCALERILLAS—13.

1889.

ALGO

DE LA

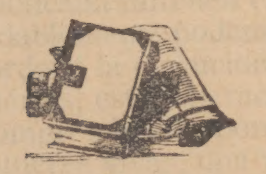
Operacion Cesarea.

TESIS

PARA EL EXÁMEN PROFESIONAL

POR EL

Doctor Fichtner.



MEXICO.

IMPRENTA DE EPIFANIO D. OROZCO.

13.—ESCALERILLAS—13.

1889.

SI la circunstancia de que alguna acción es mandada ó prohibida por alguna ley, es prueba suficiente de que al dar aquella ley aquella acción era conocida—entónces es claro que ya hace muchos siglos que se practica la operación cesárea.

Nadie menos que Numa Pompilio y en el año 705 antes de Jesucristo, mandó que, cuando una mu jer muriera embarazada, se había de sacar el fruto, abriendo el vientre del cadáver.

Su ley dice así:

«Mulierem si praegnans mortua fuit nisi exciso partu ne humato: qui secus faxit quasi spem animantis peremerit; ita esto!»

En efecto, de esta ley no puede deducirse, que esta operación hubiera sido practicada también en mujeres embarazadas vivas. Pero indudablemente podemos suponer, que, cuando Numa Pompilio ordenó la ejecucion de esta operación en las embarazadas muertas, esta operación era conocida y si era conocida no se comprende bien porque no se hubiera practicado también en mujeres vivas, una vez que positivamente no podía verificarse el parto. Que la literatura no nos diga nada acerca de estos casos, no puede sorprender á nadie. Los resultados probablemente no serían muy brillantes y hasta hoy dia existe en el mundo médico cierta repugnancia para consignar los resultados infelices.

Por ese motivo no me parece muy probable, que el castrador de puercas, Jacobo Nufer, quien hizo la operación en su propia mujer todavía viva, hubiera sido el primero; antes bien supongo que la operación cayó en completo olvido, como sucedió por mas de mil quinientos años con la versión interna. El primer caso consignado en la literatura pertenece al siglo pasado y se halla en el «Journal de Médecine,» Suppl. Année 1770 pág. 177. Es muy notable que en esta operación del ci-

rujano francés Lebas, el útero fuese suturado. No obstante que el vientre fué abierto por dos incisiones grandes cruzadas y que todos los intestinos salieron con ímpetu, la mujer se salvó. Dos hilos de las suturas salieron por la herida del vientre que estaba supurando por más de dos meses. Pero esta operación de Lebas no puede haber sido la primera en que el útero fué suturado. Pues en el mismo año, dice otro médico francés, André Levret, en sus "Remarques sur l'opération césarienne." (1):

"Je n'ai garde de parler de faire une suture à la matrice, parce que tous les chirurgiens sçavent qu'outre qu'elle seroit très prejudiciable, elle devient absolument inutile à cause de la prodigieuse contraction qui arrive à cet organe très peu de temps après l'extraction de l'enfant."

Levret era el mejor operador de aquel tiempo. En tales circunstancias se puede comprender, que durante los setenta años siguientes el útero no fué suturado en las operaciones cesáreas. Wiefel fué el único que en 1836 publicó una operación cesárea, en que habia hecho una sutura en el útero (2). El hilo fué llevado á fuera por la herida del vientre. 15 dias despues de la opcración, Wiefel cortó el nudo de la sutura y la sacó; veintidos dias despues de la operacion la herida habia cicatrizado. Godefroy, (3) en Paris publicó cuatro años más tarde, otro caso de curación, despues de una operación cesárea con sutura del útero. En 1856, Hasse (4) publicó ya seis operaciones cesáreas con sutura del útero. De estas seis madres, se salvaron cuatro. Voy á citar esa parte de su trabajo, como primer ejemplo de una estadística de nuestra operación: «fuerunt etiam, qui uteri vulnus consuendum esse censerunt. Quod utrum probandum sit aut non, ex comparationibus statuum apparebit. Sex matres, cuantum comperi, quarum uteri vulnus consutum est, quatuor servatae, duo perierunt. Mortalitas igitur est $\frac{2}{6}$ = 33.33 pro centum. Mortalitas omnium vero matrum sectione caesarea inde ab anno 1750 usque ad hunc diem partu liberatarum est, quod supra intelleximus, $\frac{288}{478}$ = 60.28 pro centum. *Unde uteri vulnus consuendum esse elucet!*»

Ya algunos años antes en 1852, en America se habia introducido una modificación muy importante en el material con que suturar. Hablo de las suturas con alambre de plata. En este caso como en muchos otros en la cirujía. las experiencias

1. Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux etc. 4ème Edition, Paris, 1770, pág. 443.
2. Medicinische Zeitung vom Verein für Heilkunde in Preussen, 1836, No. 13.
3. Gaz. des hôpitaux, 1840, 38.
4. P. Hasse, Cellensis, comentatio de sectione caesarea, Goethingae, 1856, pag. 20

hechas en una operacion se aplicaron á otra. Luego que Marion Sims en el mes de Enero habia publicado sus experiencias con la sutura de plata sobre la vegiga, Frank E. Polin (1.) la introdujo en las operaciones del útero, organo que ofrece algunas analogías con el anterior. En Europa el cirujano francés Stoltz (2.) fué el primero en suturar con alambre de plata. Pero esta sutura ni la sutura del útero en general encontraron acogida en Europa. Asi es que en Europa siguió reinando el método antiguo, es decir, que cada uno operaba como le daba la gana, sin método alguno, mientras que en los años de 1867 á 1880 en América se operaron 17 mujeres con sutura del útero.

Por eso se explica facilmente la buena aceptación que tuvo la operación propuesta en 1876 por el cirujano italiano Porro, de Milán, para que ella tomara el lugar de la operación cesárea antigua. Convencido de que el peligro más eminente de la operación cesárea era el dejar dentro del vientre el útero herido, quiso evitar eso, quitando todo el útero y sus anexos hasta el cuello, y fijando el muñón en la herida de la pared abdominal ó hundiendo ese muñón en el vientre despues de haberlo escarvado, haber unido exactamente y por suturas primero la mucosa del cuello, luego la muscular y después las serosas y cerrando después la incisión abdominal. La mayor parte de los operadores vió en el procedimiento de Porro un beneficio positivo para las operadas, porque él las suprimía el peligro de volverse á poner embarazadas y casi todos adoptaron este método radical, de manera que en las escuelas y clínicas apénas se operaba de otro modo. Cuando en 1885 el autor formó una estadística de todas las operaciones cesáreas conservadoras, es decir, en las que se había conservado el útero y los ovarios, esta operación conservadora, desde la introducción de la operación de Porro hasta Febrero de 1885 no se había practicado en las escuelas de Europa de una manera completa sino por dos obstetricios, Leopold y Sänger en Leipzig. El último de los dos habia combatido el procedimiento radical de Porro desde el año de 1882, en el que había publicado su obra: "La operación cesárea y los fibromas del útero." Se hallaba inclinado á defender la operación conservadora por un caso que él habia operado en 1880 según el método antiguo y con buen éxito para la madre y el hijo. Con razón decía Sänger que la operación de Porro, aunque hecha en las escuelas y clínicas, con todas las precauciones antisépticas y siguiendo un

---

1. Lungren, American Journal of Obstetr. etc. 1881.
2. Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, art. Opération césarienne. Annales de gynéc. I. pag. 303.

método casi completo, no habia logrado salvar de las madres mas que 43. 42 p.%, es decir 66 de 152 operadas. ¿Pero que enseña esta estadística hecha por el autor de este opúsculo, en cuanto á curaciones? Ella contiene todas las operaciones conservadoras publicadas desde el año de 1876 cuando se inventó el método de Porro, hasta Febrero de 1885, en todo 101 casos, de los cuales tres son operaciones hechas en agonizantes. Deduciendo estos quedan 98 casos. De estos se lograron 43=43. 88 p.% y sucumbieron 55=56. 12 p.%

Pero es claro que esos resultados no pueden compararse simplemente y sin más consideraciones, con los de la estadística de Porro. Pues las operaciones según Porro se hicieron casi sin excepción en las escuelas y por eso casi todas fueron publicadas con su éxito favorable ó desfavorable, mientras que de las operaciones conservadoras, hechas casi todas por los médicos prácticos, muchísimas, con resultado desfavorable, no vieron la luz de la publicidad.

Además, hay otras consideraciones que modifican el valor y la dignidad de los casos.

1. Es evidente que no pueden compararse las operaciones hechas ántes y después de la introducción del método antiséptico, que ha tan especialmente influído en las operaciones sobre el vientre. Recordaré solamente que ahora la laparotomía simple y sin complicaciones apénas puede dar un éxito desfavorable, cuando la misma operación en tiempos anteriores estaba acompañada de los más grandes peligros.

2. No todas estas operaciones fueron hechas por un mismo método. Cada operador tenia el suyo, si se puede llamar método el proceder de estos médicos, quienes no suturaron ni la incisión del útero ni la del vientre. Algunos de ellos se limitaron á suturar el vientre dejando el útero enteramente abierto, de suerte que cada contraccion de ese órgano arrojaba su contenido pútrido á la cavidad del vientre. Cuando la incisión del vientre se abrió, esos contenidos podían salir á fuera y cuando nó, resultaba la infeccion general del peritoneo. Para evitar esto se proponía, antes de abrir el útero, de reunir los dos ligamentos redondos delante del útero por una sutura y abrir después la matriz debajo de este toldo, creyendo así separar completamente la cavidad abdominal de las incisiones no reunidas. Pero esta idea no tuvo verificativo.

Solo de paso trataré aquí de la canalización. Buscando siempre un método de quitar los peligros del útero abierto, evitando las suturas tan temidas, propusiéronse varios modos de canalización, considerando que los lóquios son los que causan la infección.

1. Se pasó el tubo por el cuello del útero y la vagina;

2. De la cavidad uterina abierta afuera por la incisión abdominal;

3. Por las dos vias indicadas;

4. Como en las autopsías la parte más baja de la pelvis se encontraba siempre llena de materias infecciosas, quísose evitar eso, haciendo una perforación del espacio de Douglas al saco posterior de la vagina.

5. Del repliegue vesico-uterino al saco anterior de la vagina.

Todos esos proyectos fueron abandonados tan pronto como se admitió la sutura del útero. Solamente uno de ellos podría aún tomarse en consideración: el primero, á saber, la introducción de un tubo por la vía natural. Pues así se pueden conseguir dos ventajas:

1. Pueden hacerse irrigaciones á la cavidad uterina en caso de hemorragia;

2. Se facilitaba la salida de los lóquios.

Sin embargo todo esto tuvo que abandonarse; pues la sutura exacta del útero evita casi completamente las hemorragias y los lóquios salen por el cuello abierto lo mismo que por un tubo.

Enseñados por la experiencia que no hay ningún peligro en abrir un órgano abdominal que contiene un pus fétido, cuando las paredes de su cavidad están unidas á las del vientre, como por ejemplo en los abcesos del hígado ó en la misma operación cesárea, si un mioma subseroso posterior del cuello empuja el útero hácia la pared abdominal, los cirujanos concibieron la idea de unir el útero al peritoneo parietal. Pillore (1.) había introducido este modo, encomendando de unir entre sí los labios izquierdos del útero y del vientre y los derechos respectivamente, fundándose en que en todos los casos sin sutura del útero, que sanaron, la matriz se encontraba pegada al peritoneo parietal. Eso originó una disputa con los demás médicos franceses, quienes buscaban como impedir que el útero se adhiriese á la pared del vientre.

Tambièn en algunos casos se pusieron suturas al útero, al principio principalmente con el objeto de restañar la sangre tan pronto como posible y se aplicaron generalmente muy pocos puntos de sutura, suficientes para evitar una hemorragia, pero no para cerrar completamente la incisión del útero. Eso último no se procuró sino cuando se llegó á comprender, que la incisión del útero era una puerta abierta para que ocu-

---

1. Courr. méd. 31. XII 1854.
Considérations tendantes à prouver la necessité de réunir après l' opératión césarienne chaque lèvre de la plaie utérine à la lèvre correspondante de la plaie faite á la paroi abdominale.

rriera la infección de la cavidad del vientre, puerta más peligrosa que la incisión del vientre, que se tiene á la vista. Desde luego se aplicaron al útero todas las diferentes suturas usadas en órganos semejántes; pero hay esa diferencia, que á las contracciones del útero no resisten sino suturas profundas y fuertes. El resultado depende:

1. Del material empleado;
2. Del modo de aplicar las suturas.

La estadística demuestra que se emplearon: Alambre de plata, seda, crin, hilo de cáñamo, catgut, fishgut y ultimamente el silkworm, los intestinos del gusano de seda. El crin se empleaba solamente junto con alambre de plata en un caso publicado por el Dr. Harris. Lungren, que hizo la operación, notó que los nudos del crin se deshicieron siempre y entendiendo que no podrian resistir las contracciones del útero aplicó unas suturas profundas de alambre de plata. Igualmente el hilo de cáñamo no fué empleado sino una vez; en algunas ocasiones empleóse alambre de plata y seda. Ese modo de coser arroja en la estadística del Dr. Harris una mortalidad de 50 p.g El catgut después de algunos casos en que había sido empleado con buen resultado, fué reconocido muy inseguro. Las operaciones ulteriores todas fueron infelices. No se conocen más que tres casos favorables fidedignos; en uno de ellos no está bien detallado si el catgut fué empleado sólo ó en combinación con algun otro material. Los otros dos casos sanaron después de una supuración muy prolongada. La razón de ésto y de los éxitos fatales me parece ser, que los nudos siempre se desbarataron; y esto no obstante que los operadores desde luego notaron que era preciso hacer nudos triples. Es notable que en las autópsias los puntos del catgut nunca se encontraron absorbidos, pero sí los nudos desbaratados; lo que me parece probar que estos nudos de catgut no pueden resistir la fuerza de las contracciones uterinas. Así se comprende porqué no sucumbieron las enfermas, en quienes se aplicó el catgut junto con otro material. De esta manera operó el Dr. Reiss en Bremen en el año de 1878, alternando suturas profundas de seda con otras superficiales de catgut.

Mucha luz sobre esta materia arroja la interesante publicación de Zweifel en Leipzig, salida en este verano (1). Zweifel, ántes adversario de Sänger y de su método, operaba en los últimos años según la manera de Sänger, pero modificándola. El se esforzó particularmente de introducir otra vez en la cirujía abdominal el catgut, abandonado casi completamente por las tristes experiencias á que había dado lugar. Pero él

1. Archiv für Gynäkologie, B. XXXI. 2.

se sirvió de un catgut preparado con ácido crómico. De sus siete operaciones una tuvo éxito desfavorable. La autópsia demostró que las suturas profundas de catgut se habian desbaratado y que las suturas superficiales de seda, que comprendian solamente los peritoneos de la incisión del útero, habían cortado.

Esa autópsia confirma la opinión de los cirujanos europeos, quienes impresionados por los percances sucedidos á los cirujanos ingleses y americanos con el catgut, ya no querian mas emplear ese material en la cirujía abdominal. Hay que añadir que el catgut preparado con ácido crómico es muy tieso é inflexible y por eso muy incómodo para el cirujano. Y si se confirma la última noticia, que en un caso de Sänger cinco meses despues de la operación se salieron todavía algunas suturas de catgut por la cicatriz del vientre y que en un caso de Döderlein, asistente de Zweifel, se escapó una ligatura á los once meses de la operación—el catgut pierde todo valor aún el tratado con ácido crómico; pues no tiene la ventaja por la cual Zweifel lo recomendaba tanto, la de poder desaparecer completamente por la reabsorción y queda el catgut muy atrás de la seda.

Me cabe ahora decir algo acerca del fish-gut y del silkworm-gut. El primero es muy parecido al catgut y es hecho de intestinos de pescado. En mi estadística no hay mas que un caso de su empleo por Galabin (1). El fish-gut no es absorbido tan poco que la plata y es de muy distinta calidad á veces en un mismo hilo. La única operación en que fué aplicado tuvo un éxito letal. El silkworm-gut es el intestino del gusano de seda. El tiene varias analogías con el alambre de plata. No se absuerbe, como no se absuerbe ésta. Su superficie es muy lisa, él es muy sólido y sin embargo no irrita los tejidos; pero sí los nudos se desbaratan con mucha facilidad, aún los triples.

Por esa razón probablemente hasta ahora ningún cirujano se atrevió á emplearlo, aunque sea el mejor material animal conocido para suturar. Es verdad también, que á fuera de su lisura y de que no irrita, él no tiene ninguna ventaja sobre la seda; paréceme sin embargo deseable que se hagan experimentos con este material.

2. Es muy importante el modo de aplicar las suturas. En su libro ya citado (2) reune Sänger todos los métodos de suturar el útero y distingue 8 maneras diferentes:

1. La sutura común. El hilo atraviesa:

---

1. Obstetr. Transactions. Vol. 18, pág. 252.
2. Kaiserschnitt bei Uterus-Fibromen. Leipzig. Engelmann, 1882.

A. Toda la pared del útero á un centímetro mas ó menos del borde de la herida, comprendiendo la decidua. Los nudos descansan sobre la serosa.

B. El hilo pasa de la manera indicada pero sin coger la decidua. Así se consigue, que el verdadero foco de la infección, eso es la cavidad del útero puerperal, no comunique directamente con el canal formado por el hilo. Pues lo que se busca es que el hilo, sobre todo cuando es de plata ó de seda, quede encerrado en los tejidos sin causar ninguna irritación.

2. La sutura de puntos pasados, que en alemán se llama «de los colchoneros.»

a. vertical. El hilo atraviesa como en el caso anterior todo el espesor de los dos lados del útero sin coger la decidua y luego vuelve en la misma dirección pero más superficialmente para salir cerca del punto de su primera entrada, adonde se anuda luego.

b. horizontal.

Esta se distingue de la vertical en que la lazada del hilo no ocupa un plano vertical, sino horizontal en el mismo nivel en la sustancia del útero.

3. a. La sutura parecida á la sutura no cruzada del intestino, ideada por Gussenbauer. La aguja entra por la serosa cerca de un milímetro del borde de la herida y sale luego un poco más abajo, vuelve luego á entrar en la sustancia muscular y vuelve á salir precisamente sin tocar la decidua; luego entra en el otro labio de la herida sin tocar la decidua y toma el mismo camino ya descrito en dirección inversa.

b. Esa sutura se distingue de la anterior en que los hilos despues de pasar la serosa se cruzan, formando un número 8.

4. Una sutura doble cuyos puntos profundos comprenden únicamente la muscular sin tocar la decidua ni la serosa y cuyos puntos superficiales cogen la serosa con muy poco de la muscular.

5. El surgete, llamado también la sutura «de los peleteros.»

El hilo entra como en la sutura simple por la muscular cogiendo ó no la decidua, y luego sale en la misma dirección, pero al revés en el otro labio, para volver á atravesar á un centímetro de distancia los mismos tejidos y salir en el lado donde se empezó. Así se continuará cerrando toda la herida. En vez de conducir el hilo sobre la serosa se le puede llevar debajo de ella.

Este último proceder es más complicado, porque se necesita siempre volver á meter la aguja por el mismo piquete de la serosa por donde salió, para sacarla en otro lugar de la herida de la muscular. Sucede también como con el método an-

terior que, al apretar el hilo, la herida no queda derecha sino torcida.

Además de estas maneras de suturar hay todavía otras que no son sino modificaciones, como el colocar el nudo no sobre la serosa sino sobre la decidua, es decir en la cavidad del útero. Me parece que las puedo pasar en silencio, porque no traen de nuevo más que dificultades. Además se entiende por sí mismo que solo una parte de las suturas puede anudarse en la cavidad del útero; las demás siempre necesitan de otras maneras, anudándolas sobre la serosa ó sería preciso hacer uso de instrumentos especiales y complicados para llevar las asas por la vagina al interior del útero.

Todos esos métodos tienden á unir de la manera más firme posible las dos superficies de la incisión. Una idea nueva trajo Martino d' Alvanzo (1.) aplicando la sutura intestinal de Lembert, es decir queriendo unir por suturas acolchonadas é independientemente las dos serosas. Sus contemporáneos rechazaron su idea y únicamente Dusart adoptó ese principio y dijo en una ocasión:

"Au lieu d' affronter simplement les deux surfaces créées par le passage de l' instrument tranchant, pourquoi ne pas practiquer la suture de manière à mettre en contact les deux surfaces séreuses, qui bordent la plaie utérine."

Pero Dusart no puso en planta esta idea. Dos cirujanos americanos Lungren y Baker, realizaron el propósito con buen resultado; Spencer Wells (2.) adoptó la misma idea de reunir las serosas aparte en las operaciones en el útero no grávido. Pero el mérito principal en haber dado su verdadero valor á ese método corresponde á Sänger. El demostraba con razón sobrada que el mismo proceder había quitado los peligros á las heridas artificiales de los intestinos y de la parte superior de la vejiga y que en las curaciones espontáneas de heridas del útero sin sutura, el útero se encontraba pegado al peritoneo parietal anterior. Por eso él pide con energía la unión exacta de los dos labios de la serosa de la incisión del útero.

La unión no debe ser solamente por contacto de los bordes sino que deben unirse las superficies serosas, remangando las orillas libres de la herida de la misma manera como se hace con el peritoneo de la pared anterior, cuando se cierran las heridas abdominales. Pero á menudo la herida del útero está entreabierta en su parte exterior mientras que las orillas interiores, donde está la decidua, están en contacto.

---

1. Publicado por Soculucci, Il Morgani, 1862 pag. 721.

2. Observations and recent improvements in the mode of removing uterine tumors, Brit.med Journal. June 11, 1881. 1067.

Por esos casos propone Sänger separar la serosa de la muscular en la extensión de un centímetro, resecar una tira prismática de la muscular á lo largo de la herida, para que la serosa pueda voltearse por adentro y luego suturarse con dos especies de suturas; una que comprende la serosa y muscular ménos la decidua poniendo los nudos á distancia de un centímetro uno del otro y otro número de nudos superficiales que no cogen más que la serosa. Esta proposición de Sänger encontró muchos adversarios. En efecto, la parte separada de la serosa se rompe con mucha facilidad al apretar las suturas; así la separación no dá ninguna ventaja. Por eso Sänger no se mantiene obstinadamente en su petición; pide solamente una unión exacta y cuando sea posible, de las superficies de las serosas. El método de Sänger pues consiste:

1. En que las suturas sean profundas y superficiales y bastante cerca una de otra.
2. Que la decidua no sea cogida por las suturas profundas.
3. Que la serosa sea invertida cuando es posible.
4. Que el material para coser no sea sugeto á una absorción rápida. Con ese objeto recomienda él la plata y la seda, mientras que no se halle otro material seguro.
5. Que toda la operación se haga con todas las precauciones antisépticas ó más bien asépticas.

Claro es que el exagerado número de suturas támbién tiene sus peligros. Según Budin et Ribemont (1.) se necesita una incisión de 16--17 cm. para sacar un niño maduro; después de la extracción esta incisión se contrae á 10--12 cm.; así es que alcanzarán 8 ó 10 suturas profundas y 10 á 20 superficiales. Una operacion de Neale demuestra lo peligroso que es la exageración de suturas. El cerró la herida del útero por 21 suturas profundas y 29 superficiales. La enferma murió á las 25 horas de «shock.» La auptósia demostró la herida del útero completamente exsangüe y por eso no apta á cerrar. En otros casos las auptósias enseñaron las partes isquemizadas completamente necróticas, dejando lugar á la filtración de los lóquios.

Ad. 5. Asépsia y no antisépsia, en cuanto posible. Es evidente que en circunstancias normales la cavidad abdominal es aséptica; toda infección puede evitarse por la esterilización de los instrumentos, elevándolos en un horno á una temperatura de 120° C y luego sumergiéndolos aún calientes en una solución carbólica. La misma minuciosidad debe observarse

1. Réch. sur les dimensions de la tête du foetus à terme. Archive de Tocologie Paris 1879. pag. 479.

en la desinfección de las manos, esponjas, apósitos, de la piel del vientre y de la vagina. Así es inútil la aplicación de antisépticos fuertes sobre el peritoneo, que podrían destruir los tejidos; prescindiendo de que el peritoneo absuerbe muy pronto los antisépticos aplicados.

Despues de haber disertado tan extensamente sobre las circunstancias y métodos de la operación caesárea conservadora, vuelvo á mi estadística y traigo primero el cuadro del valor relativo de los diferentes materiales para suturar.

De los 101 casos en 54 está mencionado que el útero ha sido suturado. De estas 54 operaciones 3 fueron hechas en agonizantes; quedan 51 casos. En 14 casos el material de las suturas no está mencionado. En los 37 casos que quedan, el material fué:

catgut	14 veces,	alivio	1 =	7.14 p. c.
		muertes	13 =	92.86 p. c.
seda	9 „	aliviadas	5 =	55.56 p. c.
		muertas	4 =	44.44 p. c.
plata	7 „	aliviadas	2 =	28. 6 p. c.
		muertas	5 =	71. 4 p. c.
plata	1 „	aliviada	1 =	100.00 p. c.
y crin		muerta	0 =	0.00 p. c.
plata	4 „	aliviadas	4 =	100.00 p. c.
y seda		muertas	0 =	0 p. c.

Según el modo de operar los 98 casos se dividen en clases de diferente dignidad. La prímera comprende todas las operaciones empíricas, en las cuales el útero no fué suturado. En la segunda se ven reunidas todas las operaciones asépticas ó nó, en las cuales el útero fué suturado, pero sin un principio establecido.

La tercera clase abraza todas las operaciones antisépticas hechas según métodos que se asemejan al de Sänger.

La clase cuarta contiene las operaciones hechas según el método de Sänger.

La primera clase comprende 26 casos:

11 curaciones = 42.3 p. c.
15 muertes = 57.7 p. c.

Esta clase no tiene gran valor porque aquí justamente faltan las operaciones infelices de la práctica privada, que no fueron publicadas.

En la segunda clase encontramos 35 casos:

13 curaciones = 37.13 p. c.
22 muertes = 62.87 p. c.

Esas operaciones ya se publicaron con mas conciencia, lo que explica el resultado ménos favorable que él del cuadro antorior. Si eliminamos de este cuadro 11 casos, en que las suturas todas se hicieron con catgut, ese cuadro también arroja

un resultado más favorable, pues de los sobrantes 24 casos son:

curaciones 12=50 p. c.
defunciones 12=50 p. c.

De las 10 operaciones de la tercera clase eran:

felices 3=30 p. c.
infelices 7=70 p. c.

Si se quitan también 3 casos en que no se hizo uso mas que del catgut, quedan 7 y de estos son:

favorables 3=42.9 p. c.
desfavorables 4=57.1 p. c.

La cuarta clase se compone únicamente de operaciones de Sänger, Leopold y Beumer.

No son mas que 7 operaciones. De ellas

con éxito favorable 5=71.43 p. c.
con éxito letal 2=28.57 p. c.

Estas operaciones reunidas en la clase cuarta son indudablemente todas las que fueron hechas hasta la primavera de 1885. Respecto á los casos de esta clase no vale nada el reproche de los entusiastas de la operación de Porro, que no sea exacta la estadística, porque acaso falten las operaciones de la práctica privada, reproche que yo reconozco fundado con relación á las tres primeras clases de mi cuadro.

Si es permitido hacer una comparación entre dos estadísticas, podría compararse esta cuarta clase con la estadística de Porro. Esta última no enseña mas que 43. 42 p. c. curaciones y 56. 58 p. c. fallecimientos, en frente de 71. 43 p. c. curaciones en las operaciones hechas según el método de Sänger. Admito que el cuadro de las operaciones según Sänger adolece del defecto de no comprender más que 7 casos, mientras que la estadísca de Porro cuenta 152 casos. Pero ese defecto debía subsanarse con el tiempo, y así sucedió en efecto. Hace algunas semanas se publicó una estadística de operaciones cesáreas según Sänger, que contiene 135 casos (1.) de los cuales son

99 curaciones=74.44 p. c.
34 fallecimientos=25.56 p. c.

y dos casos desfavorables, omitidos por el compilador, porque al tiempo de la operación las dos mujeres ya habían sido víctimas de infección séptica grave. Esta disertación es de un interes tan grande, que se me permitirá repetir algunos de sus datos.

Caruso reunió no sólo las operaciones hechas exactamente

1. Die neuesten Ergebnisse des Kaiserschnittes mit Uterusnaht. Dr. Francesco Caruso. Archiv für Gynäkologie. B. XXXIII 42. N. 2.

según el método de Sänger, sino también aquellas en que este método fué algo modificado. Esas modificaciones son las siguientes:

1. En la aplicación de suturas simples que cogen la serosa y muscular sin la decidua, con unión exacta de las serosas.

2. En la sutura en varios planos sin comprender la decídua y sin la unión de las serosas por sus superficies.

3. En la aplicación de un material animal de difícil absorción: del catgut tratado con sublimado, ácido crómico ó junípero.

Las 135 operaciones, según los países donde fueron hechas, se distribuyen como sigue:

	MADRES.				NIÑOS.	
PAISES.	Operaciones.	Curaciones	Muertes.	p. c. de cur.	Vivos.	Muertos.
Alemania	74	63	11	87.5	69	5
América	18	8	10	44.4	14	4
Austria	16	12	4	75.	15	1
Rusia	8	5	3	62.5	8	—
Italia	4	2	2	50.0	4	—
Francia	4	2	2	50.0	4	—
Holanda	4	4	—	100.0	4	—
Inglaterra	2	—	2	0.	2	2
Suiza	2	1	1	50.0	2	—
Dinamarca	1	1	—	100.0	1	—
India	2	1	1	50.0	1	1
Total	135	99	36	73.33	124	11

De las 74 operaciones hechas en Alemania 37 corresponden á Sajonia. De éstas fueron hechas en Dresda 21 operaciones con 18 curaciones y 21 niños vivos.

En Leipzig: 14 operaciones con 13 curaciones y 14 niños vivos.

En Suma: 35 operaciones, 31 curaciones = 88. 6 p. c.
35 niños vivos = 100. p. c.

———

Algunas estadísticas personales presentan resultados todavía más espléndidos:

Cirujanos:

Leopold	16	operaciones	13	curaciones	= 87. 3	p. c.
Korn	7	„	7	„	= 100.	p. c.
Schauta	6	„	6	„	= 100.	p. c.
Sänger	5	„	5	„	= 100.	p. c.
Zweifel	5	„	5	„	= 100.	p. c.
Braun (G.)	4	„	5	„	= 100.	p. c.
Hegar	4	„	4	„	= 100.	p. c.
Lusk	3	„	3	„	= 100.	p. c

Según una publicación más nueva Zweifel tiene 7 operaciones con 6 curaciones = 85. 7 p. c.

Debo hacer constar que él no dispensa mucha importancia á la unión exacta de las superficies de las serosas y en cuanto al material de sus suturas me refiero á lo dicho antes. En sus últimas operaciones especialmente no usó más que catgut tratado con ácido crómico. Volviendo á la estadística general:

La causa de la muerte de las madres fué:

1. Infección séptica 23 casos. Esos se subdividen

A. En aquellos, en los cuales la infección ya existía antes de la operación y estos son 6 casos.

B. En aquellos, en que la infección sobrevino como consecuencia de la operación. Aquí se trata a. de 8 madres completamente sanas.

b. De 7 mujeres ya antes enfermas gravemente de otros órganos.

c. De una mujer completamente agotada al tiempo de la operación, por los esfuerzos hechos para hacerla parir.

C. Comprende á una mujer infeccionada con diftéria por la enfermera y despues de la operación.

2. Muerte ocasionada por otras enfermedades de órganos diferentes, pero acelerada por la operación: 2 casos.

a. Uno de esos no es claro. Probablemente se trata de embólia cerebral.

b. Hemorragia á consecuencia de atonía del útero como causa de muerte. 2 casos.

De lo dicho resulta que de 35 mujeres que sucumbieron 23 murieron de infección séptica. Esta causa de muerte puede todavía reducirse por una antisépsia más escrupulosa, especialmente en los casos como los de 1. B. a. y 1. B. c., pero no al grado como lo espera el Dr. Caruso, porque la mortalidad subirá tan pronto como la operación se haga mas á menudo en la práctica privada sin todos los instrumentos necesarios, sin las preparaciones exactas y sin asistencia competente. En los 6 casos, 1. A., la operación de Porro erá mas indicada que la conservadora, porque la probabilidad de un éxito favorable aumenta con la reducción del terreno infeccionado y solamen-

te la operación de Porro permite la eliminación de la parte enferma y la aplicación de medicamentos, siendo el órgano accesible.

El caso 1. B. c., podia haber tenido un éxito favorable, si la operación se hubiese hecho á tiempo. Parece que en los Estados Unidos del Norte no se procede á la operación cesárea ó muchas veces no se reconoce su indicación, sino despues de haber aplicado primero el forceps y luego la craniotomía; cuando se deje de proceder así los resúltados cambiarán.

Los dos casos de 2. b. indican hemorragias debidas á la atonía del útero. Los dos operadores y Doleris en Paris, uno de ellos, en particular, creen que se deba inculpar el tubo de goma aplicado al rededor del cuello del útero durante la operación para evitar la pérdida de sangre. En algunos otros casos favorables de la estadística los operadores hacen especial mención de que despues de quitar el tubo habia una hemorragia abundante que no se podia contener sino despues de largo tiempo. Yo no creo como Caruso, que se debe omitir completamente la isquémia artificial. Aplicada con cuidado no trae nunca malas consecuencias. Así dispone uno de un medio de suturar muy exacta y violentamente, sin perder mucha sangre. Aplíquese el tubo después de haber extraido al niño y quítesele luego que se ha suturado la herida. Cuando hay suficiente asistencia y poca sangre, bastará la simple compresión del cuello del útero por las manos de un asistente.

Voy ahora á ocuparme de las indicaciones de la operación cesárea.

Es evidente que con los mejores resultados que vá dando su terreno debe extenderse. Se practicará ahora muchas veces la operación cesárea en vez de la craniotomía, si la familia tiene empeño en tener una criatura viva, lo que, como se ve, no podía conseguirse por la perforación. En efecto, ya en la estadística de Caruso encontramos esa diferencia de las operaciones hechas por absoluta imposibilidad de parir y las que se hicieron en lugar de otra operación; por ejemplo de la craniotomía.

Las indicaciones absolutas de la operación cesárea son:

1. Estrechez de la pelvis con una conyugata vera hasta 7 cm.

2. Tumores en la pelvis, que hacen imposible el parto por las vias naturales.

3. Cicatrices del cuello uterino ó de los órganos vecinos, que hacen absolutamente impermeable el canal del útero.

Unas indicaciones condicionales son:

A. Una estrechez de la pelvis de 7—8½ cm. (perforación) y de 8½—10 cm (parto prematuro artificial.)

B. Una posición abnorme del feto, sobre todo, si ya se sostiene durante más de un dia; por ejemplo: la posición transversal etc.

En las operaciones reunidas por Caruso había

A. Indicación absoluta en 44 casos con una mortalidad de 25=58. p. c. Se hicieron estas operaciones:

1. Por estrechez de la pelvis 28 con 12 fallecimientos=42. 9 p. c.
2. Por mioma del útero 7 con 6 muertes =85. 7 p. c.
3. Por cáncer del útero 4 casos con 2 muertes=50 p. c.
4. Por tumores del ovario 2 operaciones con 2 muertes=100 p. c.
5. Un caso de tumor de la pared del vientre con una muerte=100 p. c.
6. Por útero doble 1 caso, aliviado=0 muerte

B. Indicación condicional en 88 casos con 13 muertes=14. 7 p. c.

Las indicaciones de la operación fueron:

1. Estrechez de la pelvis con una conyugata vera de 7 á 10 cm: 85 casos con 11 muertes=12. 9 p. c.
2. Posición transversal 2 casos con una muerte=50 p. c.
3. Otra posición desfavorable, una vez con 1 muerte=100 p. c.

Para establecer una comparación entre la mortalidad en la operación cesárea hecha por una pelvis de 7—10 cm. y en la perforación, Caruso reunió los casos de perforación ocurridos en 7 clínicas alemanas y en Paris, y halló 364 casos con una mortalidad de 24=6. 6 p. c.

Por consiguiente 87.1 p. c. curas de madres y casi 100 p. c. de niños vivos como resultado de la operación cesárea responden á 93.4 p. c. madres salvadas y todos los niños sacrificados como resultado de la perforación.

Es claro, pues, que debe presentarse la cuestión de abandonar la perforación; hasta ahora sin embargo bajo las restricciones siguientes: (1.)

1. Que la madre dé su consentimiento, después de habérsela hecho presente, que para ella la perforación ofrece ménos peligro.
2. Que tenga todavía suficientes fuerzas, que el parto sea no más iniciado, que no esté bajo el influjo de ninguna infección y que la bolsa amniótica sea intacta.

---

1. Sänger, Neue Beiträge zur Kaiserschnittfrage, Archiv. f. Gynäkologie B. XXVI pag. 223, y Leopold. Der Kaiserschnitt etc.. pag 164—165.

3. Que se perciban los latidos del corazón del feto, fuertes y regulares.

4. Que la operación se haga antiséptica según el método de Sänger.

Para los casos de pélvis con una conyugata vera de 7—10 cm., el parto prematuro artificial entra en competencia con la operación cesárea. La mortalidad de las madres en esta operación ha bajado mucho en estos últimos años; de 6. 9 según la estadística de Lyder á 2. 7 p. c. y ménos todavía, según los apuntamientos de Korn, Winckel y otros. La mortalidad de los niños es de 39 p. c., pero en realidad es mucho más grande, porque de los niños nacidos ántes del tiempo normal se mueren muchos en los primeros meses de su vida, lo que también ha cambiado favorablemente con las mejoras introducidas en la alimentación y conservación de los recién nacidos. No obstante todo, el parto prematuro artificial en la practica privada gozará de cierta preferencia sobre la operación cesárea, que exije mucho más cuidado y atención.

Además la operación cesárea puede traer algunas malas consecueucias que no se manifiestan al instánte. La primera de ellas que ya se tocó ¿que sucederá con el material de las suturas cuando no se absuerbe? Yo me acuerdo de la extirpación de un mioma submucoso por la laparotomía (Sänger, Leipzig 1883). Casi un año después de la operación salieron por el recto algunas asas de la seda, después de haber provocado algunos síntomas de irritación del peritoneo. Casi lo mismo pasó 5 meses después de una operación cesárea practicada por Sänger en Diciembre de 1887. El útero fué suturado con catgut preparado según Zweifel con ácido crómico. La operada volvió en Abril de 1888 con una inflamación de la cicatriz del vientre por la cual salieron tres asas de suturas del útero. Estos son los únicos casos que yo mismo he visto. Este peligro se eliminará cuando se hubiera encontrado un material de sutura que se absuerbe, no demasiado pronto, pero sí dentro de algunas semanas.

Otro peligro consiste en la ruptura del útero en la cicatriz en una preñez posterior. Hasta ahora se conocen 30 casos del método antiguo de los cuales sólo en uno el útero fué suturado y en los que hubo otra preñez. Estas suturas no deben ser tan raras si es cierta la suposición de Winckel, quien cree, fundándose en su experiencia, que en 50 p. c. de los casos de una preñez nueva hay suturas del útero. Eso es ciertamente exagerado, en particular en cuanto al método nuevo. Sin embargo, las experiencias hechas con el método nuevo son todavía escasas para juzgar debidamente esta cuestión. Caruso tiene noticia de 5 mujeres que volvieron á caer embarazadas y de

las cuales 3 se sometieron por segunda vez á la operación. Las otras 2 salieron de su cuidado, una espontaneamente en el octavo mes, la otra por parto prematuro provocado. En este último caso á las tres horas después del parto (1.) sobre vino una hemorragia de la cicatriz del interior del útero.

Por fin, vuelvo á la operación de Porro, cuya manera de operar mencioné mas arriba. Ella también conserva su valor pero solo en algunos casos, en los cuales seria una falta hacer la operación conservadora. Por esas indicaciones, el terreno de la operación de Porro se ve muy reducido, pues en efecto, casi solamente los casos desesperados la son reservados.

Las indicaciones son:

1. La infección del útero ántes ó durante el parto.
2. Miomatosis del útero, en particular cuando hay varios miomas grandes.
3. La osteomalácia grave, porque cada nuevo embarazo agravaria la enfermedad.
4. Embarazo en un cuerno rudimentario de un útero doble.
5. Una hernia irreductible inguinal de un útero grávido doble.

Si la operación de Porro se limita á estas indicaciones, podrá marchar como buena amiga al lado de la operación cesárea conservadora, ayudarla y completarla, considerando que en el actual estado de la cuestión ya no puede ser su rival.

---

1. Archiv f. Gynäkologie B. XXXIII 2. pag. 266. Anmerkung 2.